

UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de Médecine et de Pharmacie. — N° 11

---

# ADÉNO-PHLEGMON AIGU

du Cou

D'ORIGINE OTIQUE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON  
(Médecine)

*Et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
le 1<sup>er</sup> juillet 1903*

PAR

**Christo D. SCORTEIKOFF**

Né le 7 Septembre 1875, à Plewna (Bulgarie)



LYON

Imprimerie WALTENER & C<sup>ie</sup>, Suc<sup>rs</sup> de Mougin-Rusand  
3, Rue Stella, 3

—  
1903



UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de Médecine et de Pharmacie. — N° 11

# ADÉNO-PHLEGMON AIGU DU COU D'ORIGINE OTIQUE

## THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON  
(Médecine)

*Et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
le 1<sup>er</sup> juillet 1903*

PAR

**Christo D. SCORTEIKOFF**

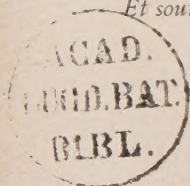
Né le 7 Septembre 1875, à Plewna (Bulgarie)



LYON

Imprimerie WALTENER & C<sup>ie</sup>, Suc<sup>rs</sup> de Mougin-Rusand  
3, Rue Stella, 3

1903



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

## PROFESSEURS

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | MM. LÉPINE.<br>BONDET.<br>BARD.<br>PONCET.<br>JABOULAY<br>FOCHIER.<br>GAYET.<br>GAILLETON.<br>PIERRET.<br>WEILL.<br>MONOYER.<br>HUGOUNENQ.<br>CAZENEUVE.<br>FLORENCE.<br>LORTET.<br>TESTUT.<br>RENAUT.<br>MORAT.<br>TEISSIER.<br>AUGAGNEUR.<br>MAYET.<br>TRIPIER.<br>POLLOSSON (M.)<br>ARLOING.<br>LACASSAGNE.<br>COURMONT (J.).<br>SOULIER.<br>X... |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Physique médicale . . . . .                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Parasitologie . . . . .                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Anatomie . . . . .                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Physiologie . . . . .                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pathologie interne . . . . .                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pathologie externe . . . . .                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Anatomie pathologique . . . . .                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Médecine opératoire. . . . .                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Médecine légale . . . . .                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Hygiène . . . . .                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Thérapeutique . . . . .                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pharmacologie . . . . .                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. . . . . DOYON.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |                            |
|------------------------------------------------------|----------------------------|
| Clinique des maladies des femmes . . . . .           | MM. POLLOSSON (A.), agrégé |
| Maladie des voies urinaires. . . . .                 | CHANDELUX, —               |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS, —                 |
| Propédeutique médicale . . . . .                     | ROQUE, —                   |
| Propédeutique chirurgicale . . . . .                 | ROLLET, —                  |
| Propédeutique de gynécologie . . . . .               | CONDAMIN, —                |
| Anatomie pathologique . . . . .                      | DEVIC, —                   |
| Accouchements. . . . .                               | FABRE, —                   |
| Botanique. . . . .                                   | BEAUVISAGE, —              |

## AGRÉGÉS

|                                                                    |                                                                |                                                                   |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| MM.<br>ROUX.<br>COLLET.<br>BOYER.<br>BARRAL.<br>MOREAU.<br>VALLAS. | MM.<br>SIRAUD.<br>DURAND.<br>PIC.<br>PAVIOT.<br>NOVÉ-JOSSERAND | MM.<br>BÉRARD.<br>SAMBUG.<br>BORDIER.<br>COURMONT (P).<br>CHATIN. | MM.<br>VILLARD.<br>TIXIER.<br>FABRE.<br>REGAUD.<br>CAUSSE, ch... |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

M. BEAUDUN, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;

MM. TIXIER et FABRE, Agrégés.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE D<sup>r</sup> LANNOIS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
Médecin des Hôpitaux.

Hommage de profonde  
et respectueuse reconnaissance.

A MES AMIS

MM. A. BASCHEFF, D<sup>r</sup> STAICOFF et T. LOUKANOFF

Bien faible témoignage de gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale.

## INTRODUCTION

---

L'otite moyenne est une des affections qui présentent les complications les plus redoutables. Elles ont fait l'objet d'une foule de travaux, surtout celles qui concernent la propagation du pus de la région mastoïdienne. La gravité, la fréquence de ces complications, abcès cérébral sous dure-mérien, intracéphalique, méningite, thrombophlébite du tissu latéral sont bien étudiés et décrits d'une façon remarquable dans les divers traités chirurgicaux.

Il n'en est pas de même pour d'autres complications du côté des parties molles du cou, plus bénignes en apparence mais qui peuvent, dans certains cas, acquérir une véritable gravité.

Leur étude s'est surtout cantonnée dans le domaine de la spécialité otologique où elles ont fait l'objet de quelques remarquables travaux.

Nous ne voulons pas passer en revue toutes ces complications de l'otite moyenne de la région cervicale. Nous nous proposons d'en dessiner une des formes, l'adéno-phlegmon du cou, dont nous avons pu, dans le

service de notre maître, le docteur LANNOIS, suivre et recueillir une intéressante observation.

Après avoir exposé l'historique de cette question de l'adéno-phlegmon du cou d'origine otique, nous passerons en revue l'étiologie, la pathogénie de cette affection, nous en étudierons ensuite les diverses formes symptomatiques et rapporterons les observations que nous avons pu recueillir. Nous passerons à la fin au diagnostic et au traitement.

Mais avant de commencer ce modeste travail, nous saisissons, avec empressement, l'occasion qui s'offre à nous d'acquitter notre dette de reconnaissance à tous ceux qui nous ont encouragé pendant notre scolarité et ont largement contribué à notre éducation médicale.

Nous tenons spécialement à remercier M. le professeur agrégé LANNOIS et M. le docteur LYONNET, qui nous ont soutenu dans certaines conditions difficiles de notre vie d'étudiant et particulièrement pendant notre maladie.

Que M. le docteur LANNOIS, qui nous a confié le sujet de notre travail, veuille bien nous permettre de venir lui apporter l'assurance de toute notre gratitude. Nous avons été heureux de l'honneur qu'il nous a fait en nous admettant auprès de lui, nous permettant de profiter ainsi, d'une manière incessante, des ressources de son inépuisable savoir et de tant de conseils précieux dont il ne cesse de nous combler; nous pouvons, à juste titre, nous glorifier d'un tel enseignement.

M. le professeur JABOULAY, dont nous avons profité de ses savantes leçons cliniques, a bien voulu accepter de présider la soutenance de notre thèse. Nous lui exprimons ici notre vive reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur agrégé TIXIER pour son amabilité et la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Nous ne saurions trop remercier M. FAVRE d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre Jury.

Que notre ami, M. le docteur FERRAN, qui nous est resté toujours dévoué, reçoive l'assurance de notre vive gratitude et inaltérable amitié.

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## HISTORIQUE

---

Avant 1860, il n'y a que Bruce (1) et Kuh (2), de Breslau, qui citent des observations sur l'abcès du cou développé à la suite d'une otite moyenne. En 1860, Foyntbee parle dans son *Traité des maladies de l'Oreille*, observations en mains, de la possibilité pour le pus provenant de la caisse de fuser dans la direction du pharynx et du cou. En 1866, Brouardel (3) revient sur le même sujet en citant les travaux de Virchow, de Vidal et de Meuriot. En 1868, Hinton (4) signale une observation très intéressante de phlegmon du sterno-mastoïdien survenu malgré une trépanation. Bezold (5) publia, trois ans après, un mémoire « sur une nouvelle voie de propagation des suppurations des cavités de l'oreille moyenne, dans le voisinage, et de la thérapeutique à y appliquer », où il montrait comment le pus

---

(1) *Archives de Médecine* de 1841.

(2) *Klinische Beiträge*, Breslau 1847.

(3) BROUARDEL, Travail « sur les lésions du rocher et de l'apophyse mastoïde et des accidents qui en sont les conséquences ».

(4) *Med. chirurg. Transactions*.

(5) *Deutsch Med. Wochenschrift*.

peut sortir des cellules mastoïdiennes au niveau de la face interne de l'apophyse ou de la fossette du digastrique et peut fuser vers le cou. Ce cas clinique porte aujourd'hui le nom de « mastoïdite de Bezold » et est bien étudié. Cholewa étudie en 1888 « la sortie du pus par des points inaccoutumés dans les inflammations de l'apophyse mastoïde ». Grandhomme en parle aussi dans sa thèse de 1889. Pauzat rapporte plusieurs observations sous le titre d'« ostéomyélite du temporal », où il est question de suppurations du cou, consécutives à cette affection. Broca et Loubet-Barbon (1) attirent l'attention sur l'abcès latéro-pharyngien probablement consécutif à un abcès mastoïdien. Parmi les récents travaux, il est à citer l'étude sur la mastoïdite de Bezold faite par Luc (2). La même année, Tissot (3), Lichtwitz et Mendel s'en sont occupés. Les travaux des derniers étaient : rapport et présentation d'un cas à la Société de Laryngologie. Toujours en 1896, Hamon du Fougerey fait une communication au Congrès français de chirurgie sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations de l'oreille moyenne, et les classe d'après leur pathogénie. A. Broca, dans un travail dans les *Arch. Int. de Laryngologie*, insiste sur la difficulté du diagnostic de la mastoïdite de Bezold qu'il croit rare. En 1897 parurent une revue générale de de Quervain, sur les abcès du cou consécutifs à l'otite moyenne (4), et la

---

(1) Travail « sur les suppurations de la mastoïde ».

(2) *Arch. internat. de Laryngologie*, 1896.

(3) *Dauphiné Médical*.

(4) *Semaine Médicale*, p. 133, 1897.

thèse de Collinet (1) : « Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne de la mastoïde et du rocher ». De Quervain, laissant de côté la pathogénie de ces abcès, donne une classification clinique basée sur le siège et l'étendue des fusées purulentes. Trois de ses observations sont nouvelles et personnelles. Collinet les donne en résumé dans son travail.

Les noms de Knapp, Moos, Politzer, etc., etc., sont liés à l'étude de l'affection qui nous préoccupe. On en trouve dans *Arch. f. Obs., Annales des mal. de l'oreille. Arch. de Médecine* des études fort intéressantes.

En 1898, dans un travail paru dans la *Presse médicale*, Laurens a étudié les abcès du cou consécutifs à l'otite moyenne. Fournier, dans son étude sur la mastoïdite de Bezold, s'en est également occupé. Migeron, dans son livre sur les complications septiques des otites moyennes suppurées, a présenté quelques observations.

Toute cette évolution concerne les abcès du cou d'origine otique envisagés, en général, ou plutôt ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de mastoïdite de Bezold.

On n'a pas fait jusqu'à présent de distinction bien rigoureuse entre les abcès du cou d'origine otique, c'est-à-dire la propagation du pus par fusées dans cette région et l'adéno-phlegmon proprement dit, qui consiste en une inflammation ganglionnaire primitive qui, en se développant, peut donner bien secondairement un phlegmon par extension du processus inflammatoire.

---

(1) Thèse Paris, 1896-97.

On trouve dans la littérature médicale, comme en clinique, des cas compliqués où la distinction est difficile à faire entre ces deux formes.

Nous nous proposons, dans ce modeste travail, en nous appuyant sur une observation de notre maître, M. le Professeur Lannois, d'établir qu'à côté de l'abcès du cou de Bezold d'origine otique, existe un autre mode d'extension de l'inflammation de même origine qui, se propageant par les voies lymphatiques, peut en se développant donner l'adéno-phlegmon aigu.

Collinet, dans sa thèse, fait un chapitre à part pour les adénites chroniques. Nous connaissons un enfant dont la mère se trouve actuellement dans le service de M. le Professeur Lannois et qui a présenté une otite moyenne chronique avec engorgement ganglionnaire du cou. Quelque temps après, cet enfant est mort de tuberculose pulmonaire.

---

## ETIOLOGIE

---

Toute affection inflammatoire portant sur l'oreille et ses dépendances peut causer abcès du cou, qui sera donc d'origine otique. Les suppurations du cou sont consécutives le plus souvent à l'otite moyenne suppurative aiguë. Puis viennent l'otite moyenne chronique, la mastoïdite, etc. Disons, d'accord avec Collinet, que l'otite moyenne aiguë l'emporte de beaucoup sur l'otite moyenne chronique comme agent producteur de suppuration du cou. Les travaux de Netter, Scheibe, Zaufal, Lévy, Schrader, Gradenigo, Maggiora, Martha, Châtelier, Helme, Lermoyez, etc., ont montré l'existence, dans le pus des otites, d'espèces microbiennes nombreuses et variées, parmi lesquelles on retrouve le plus souvent les agents ordinaires de la suppuration, isolés ou associés. Dans la production des complications, qui nous occupent, il ne faut pas tant incriminer l'espèce que la virulence de l'agent infectieux en cause. Mais la question du terrain et de la résistance de l'organisme est extrêmement importante. Une déchéance de l'organisme, un affaiblissement antérieur le mettent dans un état de moindre résistance. Telles les fièvres éruptives précédant l'otite suppurative et ses complications,

chose dont on peut se rendre compte dans nos observations. En deuxième lieu vient le bon terrain préparé pour la suppuration par la tuberculose chez les sujets qui en sont atteints. Mouscourt attribue 30 % des otites moyennes au Koch. Troisièmement, l'alcoolisme est à noter. Noquet émet l'opinion que l'alcoolisme donne une gravité exceptionnelle à l'otite purulente chronique de l'adulte. Nous constatons la chose également dans les cas aigus. En dernier lieu et beaucoup plus rarement, peut-on incriminer les diathèses albuminuriques, diabétiques (Luc, Plateau) et syphilitiques.

En résumé, la complication suppurative du cou à la suite de l'otite moyenne purulente aiguë est un processus d'extension septicémique vers ces régions par voie lymphatique sanguine, ou par fusion, processus dans lequel la question du terrain est d'une importance capitale à côté de la question de virulence spéciale des agents infectieux.

Quelle est l'importance de l'âge dans ces complications ?

Bezold admet que les enfants ne fournissent que la neuvième partie des abcès du cou d'origine otique. La plus grande partie appartient à l'âge adulte et 27 % des cas seraient observés par lui chez des sujets âgés de plus de 57 ans.

Le sexe masculin est le plus souvent atteint. Cela ressort de nos observations.

Les abcès du cou d'origine otique sont plus fréquents qu'on ne pourrait se l'imaginer en comparant à côté ceux d'une autre origine quelconque. Dans bien des cas de phlegmon du cou, l'origine otique peut passer ina-

perçue et, dans d'autres cas, les complications graves qui coïncident avec ces phlegmons : méningite, thrombo-phlébite des sinus et de la jugulaire, abcès cérébral, hémorrhagie, prennent tellement d'importance, qu'ils attirent toute l'attention, et la lésion du cou est laissée de côté. D'où la conséquence que, dans beaucoup d'observations, les suppurations qui nous occupent sont signalées d'une façon restreinte et sans insister.

---



## SYMPTOMATOLOGIE

---

Envisagée comme la propagation et le développement dans le système lymphatique d'un processus d'origine otique, l'adeno-phlegmon présente un certain nombre de symptômes qui varient la période de l'évolution des phénomènes inflammatoires et suivant leur localisation.

Au début, l'infection peut être limitée à un seul ganglion, réservoir direct des germes infectieux, et nous aurons alors affaire à une *adénite mono-ganglionnaire*. En général, l'inflammation atteint tout un groupe et nous avons alors une forme *multi-ganglionnaire*. Le degré de l'inflammation de ces glandes est très variable.

*Au début*, nous avons une période d'engorgement, le volume du ganglion peut doubler ou tripler. Il peut y avoir quelques symptômes de rougeur, de chaleur et d'inflammation superficielle si l'organe malade n'est pas situé dans un plan profond. La douleur peut être assez prononcée. Au bout de quelques jours ces phénomènes s'atténuent, le gonflement tombe, quelquefois l'adénite disparaît avant la lymphangite qui l'a provoquée. C'est là le premier degré des phénomènes inflammatoires où tout s'apaise avant que se soit accompli le processus

purulent qui constitue l'adéno-phlegmon. Nous avons vu fréquemment des cas de ce genre à la consultation gratuite de M. Lannois.

Dans le cas contraire, l'adénite, au lieu de se calmer et de tendre à la guérison, voit s'accroître ces phénomènes inflammatoires.

L'état général devient de plus en plus grave, les frissons se produisent, la fièvre jusque-là monte, le ganglion grossit encore, mais ne présente plus la même dureté. Il se fixe et est bientôt encaissé dans une sorte de gangue péri-adénique qui le relie aux glandes voisines, il en résulte une espèce de bloc qui se forme dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La peau est sans changement si l'adéno-phlegmon est profond ; mais s'il est plus superficiel ou tend à la suppuration, vers la région latérale du cou, la peau est rouge, pâlit sous la pression au niveau de l'abcès et met quelque temps à reprendre sa coloration. Il peut y avoir en même temps de l'infiltration et de l'œdème sous-cutané ; en appuyant le doigt sur le cou il subsiste une empreinte en forme de godet.

Signalons la chaleur intense qui est due à la suractivité vaso-motrice et à l'hyperhémie de la région endolorie. La douleur que l'on sent dans la région enflammée est une douleur diffuse plutôt que nettement localisée. Le plus souvent c'est une sensation qui rayonne autour de l'oreille, mais son intensité peut être aussi très forte en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur et à la partie supérieure du sterno-cleido-mastoïdien. La douleur subjective peut aller plus loin : les mouvements latéraux de la tête et de la mâchoire peuvent même

devenir impossibles. Dans des cas rares, on observe une mastication et une déglutition douloureuses, de la dysphagie et de la raideur de la nuque qui simulent le torticolis. Dans le cas d'abcès aigu franc, les douleurs seront lancinantes et pulsatives, annonçant l'apport et le travail de réaction des leucocytes dans la phagocytose. Bientôt, quand le centre de la nappe phlegmoneuse se ramollit et la fluctuation apparaît, soit en avant, soit en arrière du sterno-cleido-mastoïdien, comme signe immédiat de la suppuration prochaine, tous ces symptômes douloureux s'apaisent. La douleur est un des deux symptômes capitaux des adénites ; l'autre est le gonflement, l'engorgement ganglionnaire.

La douleur à la pression est souvent très manifeste. Elle peut rendre exceptionnellement l'exploration difficile.

Le microbe pathogène, ainsi que nous l'avons vu dans notre pathogénie, arrive, par la voie lymphatique, à la région du cou. Il y forme bientôt, s'il surpasse l'activité leucocytaire dans la phagocytose, l'adéno-phlegmon qui se présente au début, à la palpation, comme un noyau ou une masse de consistance plus ou moins dure. Cependant, il est facile de comprendre que l'œdème de la peau peut masquer et même cacher à nos doigts cette sensation qui est souvent un bon symptôme. A la palpation, on note l'effacement du sillon rétro-auriculaire et de la dépression normale qui est au-dessous du bord postérieur de l'apophyse.

Si l'adéno-phlegmon n'a pas pu être astreint à se résoudre par le traitement, le symptôme capital de la

fluctuation remplacera le précédent. Tous les chirurgiens sont d'accord qu'il ne faut pas attendre cette sensation, mais qu'il faut savoir inciser avant la fluctuation. Les dommages causés dans le voisinage sont moindres et la guérison est plus rapide et surtout plus radicale par l'intervention de l'incision avant la fluctuation. Pour la perception du flot, on place un doigt sur la tuméfaction ramollie et avec les doigts de l'autre main on donne un coup bref sur un point opposé. Du liquide, du pus dans notre cas, vient battre contre les doigts de l'explorateur. C'est ici la place d'indiquer qu'avant l'ouverture spontanée de la collection purulente, la peau devient manifestement rouge, tendue et luisante.

Outre les symptômes de l'adéno-phlegmon énumérés plus haut, nous avons à considérer les phénomènes généraux et en premier lieu la fièvre.

Elle est presque constante, et l'on peut suivre sa marche dans les observations ci-après. Elle est précédée de petits frissons. Tels frissons légers ont été notés par les auteurs immédiatement avant l'ouverture spontanée du pus vers l'extérieur. Parfois la température peut dépasser même 40°.

Vomissements, état subural, anorexie et surtout céphalalgie complètent le tableau des phénomènes généraux. Nous avons insisté sur les troubles fonctionnels, dans la mastication et la déglutition.

Les symptômes, bien que constants, ne doivent pas être attendus pour donner issue au pus, car il est à craindre que le pus fuse vers la région carotidienne profonde ou dans le médiastin, entraînant des complications d'une extrême gravité. Tous ces symptômes,

que nous venons de passer en revue, proviennent, nous le savons, d'un malade qui souffre d'une affection otique ou mastoïdienne diagnostiquée et traitée. Parfois l'otite est déjà passée ou semble peu inquiétante et l'on hésite souvent à lui attribuer une part prépondérante dans la genèse de cette entité pathologique.

---



## PATHOGÉNIE

---

L'anatomie pathologique de l'adéno-phlegmon du cou ne diffère pas sensiblement au point de vue général du processus pathologique des abcès ganglionnaires. Sous l'influence d'une inflammation purulente aiguë ou chronique de la caisse ou de la région mastoïdienne, la propagation septique gagne par les voies lymphatiques les ganglions voisins, déterminant des réactions inflammatoires plus ou moins prononcées qui peuvent aboutir à la production de l'adéno-phlegmon. Nous ne voulons point, dans ce travail, nous occuper des abcès du cou et des adéno-phlegmons liés à des propagations purulentes qui restent plus ou moins dans le cadre qu'on désigne sous le nom de *forme de Bezold*. Nous n'envisageons que l'inflammation ganglionnaire primitive dans son extension possible aux régions voisines, et avant de commencer cette étude, nous croyons utile de décrire brièvement la disposition anatomique des éléments lymphatiques et ganglionnaires de cette région.

Nous pouvons diviser les ganglions et lymphatiques, qui nous occupent au point de vue topographique, en

un certain nombre de groupes. Dans le premier groupe, nous distinguerons les lymphatiques des téguments de la région latérale crânienne, ceux du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe et ceux de l'oreille moyenne.

Nous examinerons ensuite les ganglions de la région cervicale dans un deuxième groupe. Mais tenons à rappeler que c'est là une division purement schématique, ces ganglions étant reliés entre eux par de très nombreuses connexions.

#### PREMIER GROUPE

a) *Lymphatiques des téguments de la région crânienne latérale* (1). Ils naissent par un réseau à mailles très serrées dont le maximum de densité est sur la ligne médiane et au voisinage du vertex. De là partent : 1° des troncs pariétaux, dits encore temporaux, présentant un groupe antérieur se rendant aux ganglions parotidiens et un postérieur aboutissant aux ganglions mastoïdiens ; 2° des troncs occipitaux dont le groupe interne se jette dans les ganglions occipitaux ; le groupe externe est constitué par des troncs qui convergent vers un seul tronc, fort et constant, qui se dirige en bas, vers le bord postérieur du S. C. M. s'engage sous lui et se termine dans les ganglions externes du groupe sterno-mastoïdien.

b) *Lymphatiques du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe*. — Tous tirent leur origine d'un réseau

---

(1) POIRIER, *Anatomie descriptive*.

cutané dont émanent trois groupes de troncs collecteurs : 1<sup>o</sup> groupe postérieur qui provient des lymphatiques de l'hélix de l'anthélix et la gouttière qui les sépare, de la face interne du pavillon et de la paroi postérieure du conduit externe. Se jette dans les ganglions mastoïdien. Quelques troncs vont jusqu'aux ganglions placés sous le S. C. M. ; 2<sup>o</sup> groupe inférieur constitué par les troncs émanés du lobule, des parties adjacentes du pavillon et de la paroi inférieure du conduit. Il se rend aux ganglions sur le trajet de la jugulaire externe et aux sous-sterno-mastoïdiens ; 3<sup>o</sup> groupe antérieur résumant la circulation lymphatique de la conque et de la paroi antérieure du conduit. Elle se jette dans les ganglions parotidiens et plus souvent dans un ganglion constant placé immédiatement en avant du tragus (1).

c) *Lymphatiques de l'oreille moyenne.* — Les lymphatiques de la caisse du tympan sont encore mal connus. On admet que, nés d'un réseau annexé à la muqueuse, ces vaisseaux vont se terminer dans les ganglions de la loge parotidienne et ganglions rétro-pharyngiens. Les lymphatiques de la trompe d'Eustache se portent vers l'orifice inférieur pharyngien de la trompe et aboutissent aussi aux ganglions rétro-pharyngiens.

#### DEUXIÈME GROUPE

*Les ganglions sous-maxillaires* occupent la loge de la glande sous-maxillaire et reçoivent les lymphatiques du

---

(1) Voir Stohr H. Ueber den Lymphapparat des äussern Ohrs. Anz. 1899, p. 381.

front, des paupières, des joues, des lèvres, des gencives inférieures, de la muqueuse buccale et d'une partie de la langue.

*Ganglions sous-mentaux* ou sus-hyoïdiens médians sont placés, près de la ligne médiane sur le mylo-hyoïdien, reçoivent les lymphatiques de la partie moyenne de la lèvre inférieure et du menton.

*Ganglions sous-hyoïdiens médians* se trouvent aux environs de la ligne médiane. *a)* Ganglions juxta-laryngiens : au niveau de la membrane crico-thyroïdienne recevant les lymphatique de la partie supérieure du larynx. Le ganglion dit pré-laryngé est dans le V circonscrit par les muscles crico-thyroïdiens. *b)* Un ganglion assez important est appliqué sur la face externe du sterno-hyoïdien. Il reçoit les vaisseaux tégumentaires.

*Ganglions cervicaux supérieurs.* — Les uns sont superficiels, placés le long du bord antérieur et de la face externe du sterno-hyoïdien. Il en est qui longent la jugulaire externe. Ils se trouvent entre les muscles précédents et le premier. Reçoivent les lymphatiques des gencives supérieures et du palais. Les autres sont profonds, occupent notamment le point de bifurcation de la carotide et le voisinage du tronc thyro-linguo-facial. Ils sont les aboutissants des lymphatiques du cuir chevelu, de l'oreille, de la cavité buccale, de la langue, des amygdales, du pharynx, de la trachée et de l'œsophage.

*Ganglions cervicaux inférieurs* ou carotidiens. Recouverts par le S. C. M., ils forment une chaîne le long

des vaisseaux, la plupart tout en avant, quelques-uns en arrière des vaisseaux. Au point de vue pratique il faut savoir que les plus gros et les plus importants sont appliqués sur la paroi latérale externe de la jugulaire interne. Ils reçoivent les lymphatiques afférents des groupes précédents et quelques vaisseaux du corps thyroïde. A ce groupe profond appartiennent les ganglions rétro-pharyngiens.

*Ganglions sus-claviculaires*, les uns superficiels contiennent la série des ganglions cervicaux superficiels supérieurs; les autres sont appliqués profondément sur le plexus brachial et les scalènes; dans l'angle formé par les veines jugulaire interne et sous-clavière; reçoivent les lymphatiques de la peau du cou et de la partie inférieure du larynx.

*Ganglions postérieurs*, les uns, dits ganglions sous-occipitaux, occupent la fossette de la nuque, les autres, ganglions mastoïdiens ou rétro-articulaires, sont placés sur l'origine du S. C. M. Reçoivent les lymphatiques du vertex, de l'occiput et de la partie postérieure de l'oreille externe.

L'examen des dispositions du système ganglionnaire des régions périotiques nous permet de concevoir la possibilité de la propagation de l'infection à des distances et en profondeur, parfois assez éloignées. La rareté des observations où l'infection est restée purement cantonnée dans le domaine lymphatique ne nous permet pas d'établir de divisions cliniques bien précises. En revanche, il nous faut examiner les différentes phases par lesquelles passe le développement de l'infec-

tion ganglionnaire avant d'aboutir à la production de l'adéno-phlegmon. La propagation septique n'aboutit pas fatalement à la suppuration ganglionnaire, elle peut se limiter à des phases intermédiaires. Examinons le mécanisme de l'infection ganglionnaire. A la suite de l'infection otique ou mastoïdienne, les éléments du pus, les muco-parasites sont transportés par la lymphe et se rassemblent dans les ganglions voisins, s'y greffent ou y colonisent. Le ganglion ne constitue pas seulement un organe d'arrêt, c'est aussi, ainsi que l'a démontré Toussaint à propos de la bactérie charbonneuse, un milieu de culture. On reconnaît d'ordinaire deux phases à cette inflammation : *l'engorgement et la suppuration*. Il nous arrive d'une façon très fréquente, à l'occasion de suppurations otiques ou d'inflammation mastoïdienne, de voir apparaître la congestion des ganglions voisins, parfois même des masses ganglionnaires assez éloignées. Le ganglion, simplement engagé, est gros, arrondi ou aplati par la pression des ganglions voisins, ferme, de coloration rouge brun. A la coupe il présente l'aspect de la chair musculaire ou du type splénique (1). On trouve ça et là de petits foyers hémorragiques. De plus, en pressant le ganglion coupé en deux, on peut recueillir un pus abondant où l'examen microscopique peut faire découvrir, d'après Rouvier, un grand nombre de cellules lymphatiques et de grosses cellules endothéliales tuméfiées à un ou à plusieurs noyaux. A un stade plus avancé, les sinus lymphatiques de la substance caverneuse et ceux de la substance folliculaire sont

---

(1) F. LÉJARS. *Traité de chirurgie*. Reclus et Duplay.

bourrés de cellules lymphatiques de fébrine, de matière granuleuse et de détritits de leucocytes oblitérés. Les capillaires sanguins sont dilatés et remplis de globules rouges et, çà et là, entre les cellules lymphatiques, on observe des îlots de globules. Les lésions peuvent s'arrêter là : le trop plein de globules blancs se disperse et se résorbe, la congestion tombe et le ganglion reprend ses caractères normaux. Mais nous n'avons pas toujours cette évolution et si l'adénite doit *suppurer*, le ganglion devient plus mou, violacé, friable, il se déchire aisément sous le doigt et de petits foyers grisâtres ou jaunâtres sont disséminés dans son épaisseur. Le râclage sur la coupe donne du pus crémeux. Au niveau des foyers purulents, les fibrilles du stroma ganglionnaire se gonflent, se ramollissent et les travées se détruisent. Bref, la texture du ganglion finit par se détruire tout entière, il ne reste qu'une coque plus ou moins mince entourant une collection purulente. Arrivé à cette forme, on trouve la zone conjonctive péri-ganglionnaire toujours enflammée : c'est la péri-adénite d'abord simple et créant une gaine empâtée et adhérente au ganglion puis suppurée. On trouve toujours des microbes disséminés dans la coque péri-ganglionnaire (Cornil et Babès).

D'autre part, on trouve des microbes agglomérés dans les vaisseaux afférents, au pourtour du ganglion enflammé. Il y a donc à la fois péri-adénite et péri-lymphangite, par le même processus. Follin admet que le ganglion abcédé se rompt et infecte aussi son atmosphère conjonctive. Nous trouvons le même processus dans l'observation de M. le professeur Lannois

Nous pouvons donc diviser cette inflammation (d'après F. Lejars) en : *a*) abcès ganglionnaire isolé ; *b*) abcès péri-ganglionnaire isolé ; *c*) abcès ganglionnaire et péri-ganglionnaire combinés. Cette dernière forme est plus souvent observée : c'est l'adéno-phlegmon proprement dit.

Au point de vue bactériologique on trouve les agents ordinaires de la suppuration, qui existent pour les otites suppurées.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I (personnelle)

*Mastoïdite droite. Gros adéno-phlegmon carotidien. Trépanation.  
Incision. Guérison.*

M. l'abbé G., 30 ans environ, vient consulter le docteur Lannois pour une otite moyenne droite avec complication du côté du cou (15 novembre 1902).

Voici son histoire :

Père mort d'affection inconnue, accidentelle, après avoir joui d'une très bonne santé.

Mère vivante, bien portante.

Lui, non rhumatisant, pas d'alcoolisme, pas de maladie pulmonaire. Rien comme antécédents nerveux. Pas de maladie de cœur.

Le malade a été bien portant jusqu'à l'âge de 15 ans, où il a été traité, à la suite de surmenage, pour une rhinite atrophique ozeneuse, complication gastrique et neurasthénie sans très grande amélioration durant quelques années.

Il y a 7 ou 8 ans le malade a souffert d'inflammation otique, à diverses reprises, avec rougeur et douleur sans que l'oreille ait jamais coulé. Tout cela a guéri et depuis 4 ou 5 ans M. G. a joui d'une bonne santé et n'a pas souffert de ses oreilles.

A la suite de surmenage et d'une grippe infectieuse un peu négligée, vers le 15 novembre, à l'angine, des douleurs du nez

et de la gorge, se sont ajoutés des phénomènes violents du côté de l'oreille droite. Au bout de 12 jours le malade qui ressentait de violentes douleurs mastoïdiennes, a remarqué que les ganglions du cou, de même côté, se sont mis à enfler. En trois jours, le phlegmon s'est déclaré et le volume de la grosseur est devenu considérable. Le malade est allé consulter alors M. Lannois qui, après examen, l'a envoyé à M. le docteur Tixier.

On est alors en présence d'un homme aux traits tirés, au teint plombé, indice d'une infection profonde. Il se présente, la tête fortement inclinée du côté droit, comme s'il était atteint de torticolis. A distance, on est frappé par la turgescence. Toute la région carotidienne droite est rouge et œdématisée.

La palpation révèle l'existence d'une induration profonde sous le sterno mastoïdien, avec induration correspondant à la gaine des vaisseaux, et en éprouvant la forme. C'est-à-dire qu'elle est inclinée de haut en bas et de dehors en dedans. Le haut est une véritable tuméfaction se correspondant avec la saillie mastoïdienne, tandis qu'en bas ce n'est plus qu'un œdème mur, dépressible mais douloureux, descendant jusqu'à deux travers de doigts de la clavicule.

La mastoïde est douloureuse à la pression, non pas tant au niveau de l'autre qu'au niveau de la pointe.

T. : 39° le soir. L'écoulement par l'oreille est peu abondant.

30 novembre. — M. le professeur Lannois ne trouvant pas les perforations du tympan suffisantes pour drainer l'oreille, pratique une large paracenthèse.

Légère amélioration le 1<sup>er</sup> décembre, mais le soir la température remonte et la tuméfaction du cou augmente. On diagnostique : mastoïdite avec adéno-phlegmon du cou.

2 décembre. — Opération par MM. Tixier et Lannois. Large trépanation de la mastoïde, celle-ci est formée de très nombreuses cellules qui se prolongent jusqu'à la pointe. Elles sont pleines de pus. On les évacue largement. Large incision de 12 à 15 centimètres sur le bord antérieur du sous-maxillaire.

Rien dans la gaine du muscle. On trouve un grand verre à liqueur de pus très épais et fétide directement contre les vaisseaux, mais en dehors de leur gaine; avant d'arriver sur le pus on a dû traverser une sorte de coque épaisse de près de 2 centimètres, et qui paraît manifestement constituée par du tissu adénique fortement infiltré. Il s'agit très certainement d'un adeno-phlegmon du cou. On recherche avec soin s'il n'existe pas de communication entre le foyer mastoïdien et l'abcès du cou et on se convainc facilement qu'il n'en existe pas. Malgré la destruction totale de la mastoïde le pus n'a pas fusé dans le cou et l'abcès du cou constitue une poche bien fermée.

Large drainage.

Amélioration immédiate. Le 29 décembre, le malade sort guéri. Il est rentré à Tarare, et six semaines après la guérison il a pris froid et a eu un peu de phénomènes inflammatoires mastoïdiens, des douleurs et de la surdité. Les phénomènes ont d'ailleurs été passagers et ont disparu après un séjour à Cannes.

Actuellement, l'état du malade est bon.

## OBSERVATION II

(De MATHIAS et GASSER. *Arch. de Méd. militaire*, 1895, t. XXV, p. 481.)

### *Otite externe et phlegmon mastoïdien dans un cas de dysenterie aiguë.*

Soldat qui, dans la convalescence d'une dysenterie, est pris de gonflement d'apparence phlegmoneuse au niveau de l'oreille droite, de la région périanéulaire et parotidienne. Incision au bout de deux jours, au-dessous du lobule et descendant à quelques centimètres sur le cou. Pas de pus. Le lendemain, écoulement purulent peu abondant par l'oreille droite. Un jour plus tard, incision au niveau de la mastoïde donne issue à du pus. Drain entre les deux incisions. Au bout de quatre jours on incise une petite collection superficielle au niveau de la parotide. Guérison en une semaine. Le pus contenait du *bactérium coli* commune.

La lésion a évolué sans fièvre; à peine un peu d'élévation de température le premier jour. Etat général est toujours resté bon.

### OBSERVATION III (résumée)

(De HESSLER, *Arch. f. Ohr.*, 1889, t. XXVII, p. 276).

Petite fille, 9 ans. Otite moyenne aiguë, suite de scarlatine et diphthérie. Le 25 février 1886, écoulement de l'oreille gauche. Délire et hallucinations.

27 février. — Paralyse du facial gauche, vomissement.

7 mars. — Grande quantité de pus verdâtre sort du conduit auditif gauche. Amélioration.

22 mars. — Engorgement ganglionnaire à gauche.

25 mars. — Incision donne issue à du pus.

14 avril. — Otorrhée persiste surtout à gauche où elle est fétide. Infiltration et gonflement sur la région mastoïdienne de ce côté, surtout en arrière et en bas. La pression en ce point fait écouler du pus par le conduit.

Trépanation. Abscessus sous-périosté s'est fait jour dans le conduit. On enlève un petit séquestre. Curetage de la cavité. Os altéré avec pus et fongosités jusque dans la pointe de l'apophyse. L'autre n'est pas ouvert. Une sonde est introduite dans l'incision ancienne de l'abscessus ganglionnaire, pour voir s'il est en relation avec l'apophyse. On trouve que le trajet conduit, en dedans, sur une apophyse de vertèbre cervicale non cariée. Curetage du trajet et contre-ouverture en bas. Guérison en juillet.

### OBSERVATION IV

(De HESSLER, *Arch. f. Ohr.* 1891, p. 34.)

Enfant de 4 mois. Otorrhée fétide.

Tuméfaction très prononcée des ganglions du cou.

Trépanation. Pas de pus dans l'antre. Curetage de la caisse.

Amélioration.

Un mois et demi après l'enfant est mort, probablement de méningite tuberculeuse.

#### OBSERVATION V

(De CHRISTINNECK, *Arch. f. Obr.*, 1882, p. 295.)

J. H..., 4 ans. Suppuration de l'oreille droite et des ganglions du même côté. Ecoulement fétide depuis plusieurs mois par l'oreille gauche. A droite perforation ronde et sèche du tympan. Deux cicatrices au cou de ce côté.

#### OBSERVATION VI

(De JACOBY, *Arch. f. Obr.*, 1884, t. XXI, p. 64.)

Fr. H..., 7 ans. Depuis quatre semaines fièvre, douleur dans l'oreille droite et la région mastoïdienne. Gonflement de la région, perforation du tympan. Fièvre 38°4.

10 octobre. — Trépanation.

2 novembre. — Curetage de la partie inférieure du conduit qui est cariée. Gonflement des ganglions sous-maxillaires et infiltration du tissu sous-cutané qui s'étend à deux pouces au-dessous et en arrière de la mastoïde.

28 novembre. — Incision d'un abcès sous-maxillaire, laisse écouler une assez grande quantité de pus.

16 décembre. — Il existe encore une ouverture fistuleuse qui conduit en haut et en dedans, à la face interne du maxillaire inférieur, dans un gros abcès. La sonde n'arrive pas sur une partie dénudée à l'apophyse mastoïde. Lavage. Drainage.

Guérison au bout de six mois.

#### OBSERVATION VII

(De HESSLER, *Arch. für Obr.*) 1885, p. 15.)

X..., 58 ans, professeur. Otite moyenne gauche; paracénèse du tympan. Suppuration abondante la nuit d'après. Mas-

toïdite améliorée au bout de huit jours, récidive un mois après. Trépanation de la mastoïde. Pus dans l'autre. Guérison. Deux furoncles surviennent au fond du conduit auditif, on les ouvre et cautérise au nitrate d'argent dans le courant d'octobre.

22 novembre. — Abscess ganglionnaire survient à la partie inférieure de la plaie opératoire. Incision ouvre un trajet fistuleux de 2 centimètres qui va dans la direction du maxillaire inférieur. On ne sent aucun point osseux par l'exploration à la sonde.

Guérison.

#### OBSERVATION VIII

(De HESSLER. *Arch. f. obs.* 1885.)

Fille 5 ans et demi. Otite moyenne aiguë purulente.

Empyème de l'antre mastoïdienne.

Gonflement des ganglions du cou.

Trépanation.

Guérison.

#### OBSERVATION IX

(Du LEWYS, *British med. journal*, 1888, p. 786.)

*Phlegmon du cou avec paralysie incomplète du bras, suite d'otite moyenne*

Enfant 13 ans, strumeuse. Angine. Douleurs d'oreille. Fièvre, céphalalgie, vomissements, délire 25 jours après le début, rougeur au sommet de la mastoïde, disparition des phénomènes cérébraux. Ecoulement muco-purulent par conduit droit. Gonflement du cou très dur et très étendu. Pas de frisson. Pas de fluctuation. Incision à quelques pouces au-dessus de la clavicule. Il sort une masse caséeuse, du pus et une grande quantité de sang. Tamponnement. Les symptô-

mes persistent les jours suivants, contre-ouverture. Difficulté des mouvements du bras. Troubles trophiques : trois doigts perdent leur ongle.

Guérison après longue convalescence.

#### OBSERVATION X

(De MIGNON, dans *Complications septiques des otites moyennes suppurées*, Paris, 1898, p. 226.)

G..., 22 ans, est pris, le 28 mars 1893, d'une otite moyenne purulente gauche. L'oreille de ce côté avait été déjà, quatre ans auparavant, pendant 48 heures, le siège de violentes douleurs, sans écoulement consécutif et suivies d'une diminution de l'ouïe.

La nouvelle atteinte commence encore par des élancements violents et des bourdonnements incessants ; mais cette fois la suppuration s'établit le troisième jour. Elle est très abondante, épaisse, jaune rougeâtre au début, franchement phlegmoneuse dans la suite.

Le 10 avril, G... se plaint de ressentir une vive douleur au-dessous de l'oreille. La pression fixe le maximum de cette douleur et un peu en avant de la pointe mastoïdienne. La mastication et la déglutition sont pénibles. C'est à peine si, dans les premiers instants, on sentait un peu d'empatement sous le sterno-mastoïdien, dans le relâchement du muscle. Cette première poussée se calme sous l'influence d'un enveloppement de la région par des compresses antiseptiques humides.

Le 17 avril, retour de la douleur, augmentation de l'empatement ; malaise général avec une petite élévation de température (37°8).

Nouvelle accalmie en 48 heures.

Mais le 26 avril, troisième poussée plus accentuée : douleur violente au-dessous du bord postérieur de la mastoïde.

Le maximum de la douleur à la pression se trouve à un travers de doigt en arrière de la pointe de l'apophyse. Il y a à ce niveau une légère tuméfaction.

Pendant la nuit le malade a de la fièvre, de la céphalalgie et de l'insomnie. T. : 39°.

Le lendemain il est très abattu. La tuméfaction sous-mastoïdienne a augmenté. Son maximum se trouve encore au-dessous du bord postérieur de la mastoïde. La peau est rouge et tendre à ce niveau ; l'œdème s'étend sur la mastoïde sur l'occipital. La tête et le cou sont immobilisés. Nous prescrivons l'enveloppement de la région par des compresses antiseptiques humides.

Le 28 avril, G... se plaint d'avoir eu un petit frisson. Les douleurs ont encore augmenté (T. : 38°). La rougeur de la peau, l'empâtement profond ne sont pas modifiés. Craignant la formation d'un foyer purulent dans la région carotidienne profonde, nous n'hésitons pas à intervenir.

La tête du malade est mise dans la rotation droite. Une injection de cocaïne assure l'anesthésie. Nous pratiquons une incision de 6 centimètres, parallèle aux fibres du sterno-mastoïdien, remontant à 1 centimètre sur la face externe de la mastoïde. Nous traversons la peau et les fibres du muscle et pénétrons jusque dans la couche convective qui sépare le muscle sterno-mastoïdien des muscles profonds de la nuque. Avec la sonde cannelée nous déchirons quelques fibres celluluses, sans trouver de pus ou de ganglions engorgés. Nous pensons bien d'ailleurs qu'il ne pourrait y avoir encore de collection purulente. Nous laissons la plaie ouverte et la bourrons de gaze iodoformée.

Le soir même, le malade ressentit le bénéfice de l'intervention, les douleurs cessèrent et il put dormir la nuit.

Le 2 mai, réfection du pansement, plus de rougeur, plus d'empâtement.

Le 8 mai, les deux lèvres de la plaie sont réunies par des points de suture.

Le 18 mai, le dernier pansement était enlevé. Le malade n'avait pas souffert un seul jour depuis l'incision et il avait repris son appétit et ses forces.

Le 3 juin, sortie, guérison de l'otite. Entend la montre à 0.50.

#### OBSERVATION XI (de BROCA)

*Otite moyenne aiguë droite suite de rougeole. Mastoïdite.  
Abscess ganglionnaire du cou. Incision. Trépanation. Guérison.*

Lab. Hélène, 6 ans, sans antécédents héréditaires intéressants, a été élevée au sein par une nourrice jusqu'à l'âge de 14 mois. Un petit frère de 5 ans a été opéré pour une mastoïdite, il y a huit jours. Petite sœur de 2 mois bien portante.

L'enfant a eu la rougeole il y a un mois et demi. A ce moment, double écoulement d'oreille soigné par des lavages à l'eau boriquée. D'après le père, les oreilles ne coulaient plus depuis quinze jours quand est survenue de la douleur, sauf l'oreille droite avec de la gêne dans les mouvements de la tête. Cet état dure depuis quelques jours, l'avant-veille l'enfant a eu 38°4.

9 mars 1897. — On observe une tuméfaction douloureuse en arrière de l'angle de la mâchoire, sous le bord antérieur du S. C. M. La peau de la région mastoïdienne est rouge, douloureuse à la pression, très légèrement infiltrée. Un peu d'écoulement purulent par le conduit.

Opération le jour même. Incision sur la tuméfaction le long du bord antérieur du S. C. M. qui est récliné en arrière. On arrive au centre d'un volumineux ganglion situé sous le muscle, assez profondément en arrière et en haut. On trouve un peu de pus. Le ganglion peut énucléer avec le doigt. Deuxième incision rétro-auriculaire dans un tissu lardacé et épaissi. On arrive sur la corticale de la mastoïde où on trouve un petit pertuis qui conduit sur une poche purulente grosse comme une tête d'épingle. Ce pertuis étant situé à environ

un centimètre et demi ou deux derrière l'épine de Henle, la trépanation est faite en avant de lui. On arrive sur un peu de pus concret et l'on voit que l'on est porté au niveau du sinus situé presque derrière le conduit. Il n'a pas été vu d'autre à proprement parler. Pansement à la gaze iodoformée dans les deux plaies.

Le soir 38°2, le lendemain 39°4 le matin, et 39°2 le soir. Au bout de 48 heures on a seulement 37°3. Il n'y a pas eu d'autre incident. Suites normales.

## OBSERVATION XII

(DE MIGNON, du même travail, p. 227).

Dans la nuit du 27 mars 1893, F..., âgé de 22 ans, est réveillé par une douleur vive dans l'oreille gauche. Le lendemain, cette douleur s'accompagne de céphalée et de perte d'appétit. Deux jours après, l'oreille coule abondamment.

Nous le visitons le 30 mars. Signes habituels d'une otite moyenne suppurée, tuméfaction de la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne, sans changement de coloration de la peau. On sent un empâtement profond sous le muscle qui est plus marqué à un travers de pouce au-dessous de la pointe de l'apophyse. La dépression normale qui est au-dessous du bord postérieur de l'apophyse et le sillon rétro-auriculaire sont effacés. Les mouvements d'inclinaisons de la tête du côté malade sont douloureux.

Nous espérons obtenir la résolution de ce phlegmon sous-mastoïdien avec l'immobilisation de la tête et le bain antiseptique permanent entretenu par des compresses humides. Mais dans les premiers jours d'avril, la température s'éleva à 38° le matin et 39° le soir, le malaise s'accrut et les douleurs devinrent plus vives.

Le 10 avril, la peau de la région était devenue rouge et présentait une voussure au niveau de laquelle une fluctuation profonde nous sembla évidente.

Je pratiquai parallèlement aux fibres du sterno-mastoïdien et à peu près au milieu de sa largeur une incision de trois travers de doigt environ à partir du bord postérieur de la mastoïde ; quand le muscle fut sectionné, l'ouverture donna issue à une bonne cuillère de pus crémeux. Lavages avec de l'eau phéniquée chaude, tamponnement du foyer avec une mèche de gaze iodoformée qui ressort de l'angle inférieur de la plaie.

Mais ils reparurent le 18 avril, c'est-à-dire huit jours après ; la température s'éleva à ce moment à 40° et fut précédée de petits frissons, le malade se plaignait en même temps de dysphagie, la gorge était un peu rouge ; en enlevant le drain qui avait été maintenu dans la plaie du cou et après avoir fait plusieurs injections, on vit sortir un petit filet purulent. Nous avons pensé qu'une fusée septique s'était faite du côté de la paroi du pharynx.

Tout marcha à souhait après ce nettoyage de la plaie et le malade quitta notre service le 17 mai.

L'écoulement de l'oreille était terminé, les mouvements du cou avaient leur amplitude normale.

### OBSERVATION XIII

(De H. DE FOUGERAY, Congrès français de chirurgie,  
21 décembre 1896, p. 371)

*Otite moyenne purulente aiguë gauche. Adeno-phlegmon du cou.  
Guérison.*

Homme, 43 ans, bien portant habituellement, contracte le 18 août 1895 une otite moyenne suppurée gauche à la suite d'une angine. Perforation du tympan. A l'œil gauche congestion des vaisseaux de la papille. Fièvre (entre 39° 2 et 38). Ecoulement séro-purulent, abondant au début.

27 août. — Amélioration de tous les symptômes.

7 septembre. — A la suite d'un refroidissement retour des douleurs de tête, rougeur et empâtement de la région

rétro-auriculaire inférieure, s'étendant à la partie latérale et supérieure du cou. Le soir, 40°.

Les jours suivants l'inflammation gagne de plus en plus la région cervicale. Torticolis. Du 16 au 27 septembre, diminution de la fièvre ; l'écoulement devient franchement purulent et moins abondant.

27 septembre. — T. : 39° le matin, 40° le soir. La région latérale du cou est chaude et empâtée, pas de fluctuation. Le malade peut à peine ouvrir la bouche ; déglutition difficile. Rétrécissement de la pupille gauche.

30 septembre. — Fluctuation profonde vers le lien inférieur du bord postérieur du S. C. M. dont le corps est projeté en avant. Large incision de la peau à ce niveau, ouverture des tissus sous-jacents à la sonde cannelée. Issue d'une grande quantité de pus. Le foyer purulent est situé en arrière du S. C. M. et s'étend jusqu'à la gaine du vaisseau vasculo-nerveux. La sonde pénètre en bas et en dedans jusqu'à 12 cm. Drainage. Pansement phéniqué. Amélioration et guérison rapide. Cessation de l'écoulement d'oreille. A la fin d'octobre guérison complète, ouïe presque normale. Dans le pus de l'oreille on a trouvé, à différentes reprises, du staphylocoque blanc et doré et du streptocoque.

Le pus de phlegmon du cou ne contenait que du streptocoque.

A aucun moment on n'a constaté de mastoïdite.

---

## DIAGNOSTIC

---

Le diagnostic de l'adéno-phlegmon du cou d'origine otique peut être assez facile dans les cas où l'abcès superficiel s'accompagne d'une série de symptômes qui le font aisément reconnaître.

Il n'en est plus de même quand il s'agit d'abcès évoluant dans la profondeur sous les masses musculaires et pouvant se développer à des distances assez éloignées du foyer initial.

Dans les formes superficielles il est assez facile de suivre les différentes phases de l'inflammation ganglionnaire et de la différencier des abcès qui surviennent à la suite des mastoïdites et constituent la forme dite de Bezold.

On sait qu'à la suite de la propagation du pus de la caisse à la mastoïde, l'antre puis les cellules mastoïdiennes sont envahies et que favorisé parfois par certaines dispositions anatomiques spéciales que nous ne pouvons étudier ici, le pus rompt en certain point ou la coque osseuse moins résistante, et se propage dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les régions profondes du cou.

Les expériences de Bezold ont bien démontré combien la collection purulente ouverte au niveau de la fossette digastrique peut être maintenue par la gaine de ce muscle ou si elle se rompt, se répandre dans le tissu musculaire profond du cou.

On comprendra donc combien il peut être parfois difficile de différencier ces deux formes qui ne présentent point la même évolution pathogénique.

Au début l'existence même de l'abcès dans un cas où il siège dans la profondeur, peut être très difficile à reconnaître même à un clinicien habile.

Le diagnostic sera plus aisé lorsque, l'évolution de l'abcès étant très avancée, apparaîtra la fluctuation et l'ensemble des phénomènes symptomatiques. Il sera facile de différencier l'adeno-flegmon de la lymphangite cervicale et de l'érysipèle. L'immobilisation de la tête qui accompagne ces complications cervicales d'origine otique ne sera point rapportée à la raideur méningitique de la nuque et des autres affections cérébrales ou aussi torticolis.

Rappelons que Burger (1), Johnson (2) ont rapporté des cas d'abcès du cou, d'origine otique, donnant une évolution chronique absolument semblable au début à celle d'une fièvre typhoïde. L'examen du cou et de l'oreille du malade et le séro-diagnostic de Widal permettront d'écarter cette erreur. L'abcès développé devra être différencié des kystes congénitaux, des lypomes de la nuque,

---

(1) BURGER. *Zeitsch., F. Obr.* XXIX.

(2) JOHNSON. *Transforme otol. Obren.*, 1896.

de l'hypertrophie du corps thyroïde dont l'évolution est toute différente. On devra aussi ne pas confondre l'adéno-phlegmon avec un pneumatocèle à la suite d'un cathétérisme maladroït ou avec une myosite du sterno-mastoïdien comme dans le cas de Jonquiere (1).

L'œdème phlegmoneux sous-cutané périostique, direct pour Gellé (2), qui peut apparaître brusquement et s'étendre brusquement à la face et au cou ou au cuir chevelu, à la suite de rétention otique peut prêter à confusion, ainsi que les divers anévrismes que l'on reconnaîtra à leurs signes particuliers.

Le diagnostic sera plus délicat avec les diverses inflammations ganglionnaires d'origines diverses. les adénites tuberculeuses suppurées évolueront sans symptômes généraux bien accentués d'une façon lente et insidieuse et sans symptômes otiques dans la plupart des cas, il en est de même du cancer primitif des ganglions et de la lymphadénite cancéreuse.

Nous devons différencier également l'adéno-phlegmon de l'inflammation aiguë ou chronique, de la glande thyroïde, du pseudo-phlegmon rhumatismal de Wergely, des abcès par congestion, des phlegmons sous-maxillaires, thyro-hyoïdiens, sous-hyoïdiens latéraux, juxta laryngiens.

L'adéno-phlegmon sera facile à distinguer d'une tumeur maligne de la mastoïde à prolongement, dans la région cervicale supérieure. Des cas nombreux ont été signalés, de tumeurs évoluant de cette façon et donnant

---

(1) JONQUIERE, *Monats. fur Ohren*, 1896.

(2) GELLÉ A. *Des mal. de l'or.*, 1895.

lieu à des difficultés extrêmes de diagnostic. Les phénomènes inflammatoires plus francs, l'évolution plus rapide, l'apparition de la fluctuation permettent de reconnaître l'adéno-phlegmon.

Signalons la possibilité de la propagation de l'abcès de la région cervicale inférieure à la région pulmonaire donnant lieu à des phénomènes pulmonaires qui peuvent dominer la scène et accaparer l'attention du chirurgien.

Le diagnostic de l'adéno-phlegmon étant posé il nous reste à établir son origine otique. Cette relation bien que souvent très apparente ne devra pas nous empêcher de visiter soigneusement les régions voisines, rhino-pharynx, face, cuir chevelu, etc., et on ne devra pas oublier que même à des distances éloignées, l'origine otique de l'abcès du cou peut être très possible.

L'examen soigneux du conduit auditif devra toujours être pratiqué ainsi que l'examen de la région mastoïdienne. Certaines altérations osseuses de la base du crâne, les ostéites ou ostéo-arthrites de la colonne cervicale pourront donner lieu à des phénomènes assez analogues, les phénomènes otiques et l'évolution de l'affection, l'issue du pus par le conduit possible quand on presse sur la tumeur, permettront de les différencier.

Il nous reste maintenant à différencier l'adéno-phlegmon des processus inflammatoires d'origine otique autre que la forme dite de Bezold.

Nous savons que le début de l'adéno-phlegmon s'accompagne de manifestations d'adénite cervicale analogue à celle de la thrombose de la jugulaire, mais dans ce dernier cas la sensation d'un cordon dur formé

par le vaisseau, les signes généraux beaucoup plus graves feront diagnostiquer une inflammation vasculaire.

On peut confondre les abcès péri-veineux consécutifs à une thrombose d'origine otique ou autre de la jugulaire, mais dans ce cas grave le malade est emporté avant que le phlegmon ait eu le temps de se déclarer.

Les abcès par propagation directe sont assez faciles à reconnaître soit par localisation douloureuse de la mastoïde soit par l'intervention.

Le furoncle du conduit accompagné d'adénite peut donner des symptômes assez analogues mais sera facilement décelé par l'examen du conduit auditif.

Les abcès métastatiques peuvent être d'un diagnostic plus difficile surtout s'ils siègent dans le voisinage de la mastoïde mais pourront coïncider avec des abcès de même nature en d'autres régions.

La marche rapide de l'affection et leur allure spéciale différencient les formes gangreneuses. L'examen bactériologique permettra de reconnaître l'actinomycose.

L'examen de la nature bactériologique du pus pourra dans certains cas donner de précieuses indications pour le pronostic.

---



## PRONOSTIC ET TRAITEMENT

---

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'adéno-phlegmon du cou d'origine otique est infiniment plus favorable que celui des complications intra-craniennes de même nature. La terminaison fatale ne s'observe que d'une façon toute exceptionnelle. Le plus grand danger consiste dans la propagation du pus dans la région médiastine ou dans les voies respiratoires laryngées ou trachéales. Le pronostic par les formes gangreneuses est donc relativement bénin, c'est un pronostic plutôt favorable en ce qu'il domine les chances de complications endocraniennes où l'intervention est infiniment moins facile et les suites beaucoup plus graves.

TRAITEMENT. — Avant d'entrer dans le traitement proprement dit de l'adéno-phlegmon d'origine otique, nous devons d'abord esquisser son traitement prophylactique. Nous ne voulons point nous étendre ici sur le traitement des otites moyennes aiguës ou chroniques mais on sait que des soins antiseptiques convenables, de petites interventions chirurgicales ou des opérations

plus étendues pourront empêcher les complications ou la propagation aux régions voisines des accidents inflammatoires. Quand on examine les observations d'adéno-phlegmon du cou on s'aperçoit avec Collinet que bon nombre de suppurations du cou proviennent de mastoïdites négligées, mal traitées ou trop longtemps traitées par des moyens médicaux.

Nous ne croyons point que l'on doive pratiquer une intervention à la moindre poussée mastoïdienne, mais lorsque au bout de quelques jours la lésion ne semble pas céder aux moyens médicaux, reste stationnaire et semble tendre à s'aggraver, le médecin ne doit pas hésiter à proposer au malade l'intervention.

On doit être prévenu cependant que la fusée purulente peut survenir malgré l'intervention, mais dans les cas où celle-ci aurait été pratiquée d'une façon peu aseptique ou à une époque trop tardive.

A plus forte raison que le traitement prophylactique, cette intervention, sur la technique de laquelle nous ne voulons pas nous étendre ici, est-elle indiquée chez les sujets où le catarrhe purulent se localise uniquement aux cellules de l'apophyse alors que la suppuration de la caisse s'est atténuée ou peut avoir complètement disparu.

Le traitement de l'adéno-phlegmon lui-même alors que par suite de l'ignorance ou de la négligence du malade nous ne le voyons qu'après que le fait est accompli ne s'écartera pas des règles ordinaires de la clinique. On cherchera à évacuer la collection purulente au point le plus déclive de façon à assurer un bon drainage comme ont fait MM. Lannois et Tixier. Si l'ouverture de

la mastoïde est suffisante pour assurer l'évacuation du pus on pourra négliger de l'ouvrir, dans le cas contraire on pratiquera une incision là où la fluctuation et la tuméfaction sont le plus prononcées en avant ou en arrière du muscle sterno-cleido-mastoïdien en ménageant autant que possible la jugulaire externe et les filets du plexus cervical.

Les abcès qui pourront se développer ou fuser dans les diverses parties du cou seront soumis au même traitement, l'abcès sera drainé soigneusement et ce traitement qui ne devra pas faire laisser de côté celui de la lésion auriculaire permettra dans la plupart des cas d'obtenir la guérison.

Dans les cas d'abcès de la nuque il sera souvent nécessaire d'aller chercher le pus très profondément jusque sous le périoste de la région occipitale et d'assurer son évacuation par de larges incisions.

Quand l'abcès siège dans la région rétro-pharyngée on peut pratiquer l'ouverture, soit par la voie pharyngée, soit par la voie rétro-maxillaire.

Pour de Quervain (1) cette dernière méthode est préférable, car elle lui paraît permettre d'éviter l'infection par les micro-organismes de la région pharyngo-buccale et permettre une évacuation plus complète de la poche.

Une large incision par voie externe est une méthode de choix à laquelle on ne doit pas hésiter à recourir.

C'est la méthode qui a été employée avec succès par MM. Tixier et Lannois, chez le malade dont nous rapportons l'observation.

---

(1) *Semaine Médicale*, p. 133, 1897.

L'ouverture de l'abcès, le drainage, l'évacuation du pus procurent un soulagement immédiat, font disparaître les phénomènes inflammatoires et permettent d'obtenir une guérison rapide.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Les phlegmons aigus du cou consécutifs à des inflammations de l'oreille moyenne ou de l'apophyse mastoïde se rencontrent assez fréquemment en clinique ;

2° Parmi ceux-ci, il faut faire une place à part à ceux qui se développent dans les ganglions et donnent lieu à un adéno-phlegmon ;

3° Celui-ci atteint le plus souvent les ganglions qui avoisinent immédiatement la région auriculaire et la mastoïde : il peut cependant se développer à distance et, comme dans notre cas, occuper les ganglions de la région moyenne du cou ;

4° Les adéno-phlegmons du cou doivent être distingués des autres suppurations d'origine otique et notamment de la mastoïdite de Bezold et des abcès péri-veineux qui compliquent les thromboses du tissu latéral avec phlébite de la jugulaire interne ;

5° Si l'inflammation n'a pas dépassé la phase de l'adénite aiguë, elle se résout, après les interventions sur l'oreille ou la mastoïde. S'il y a collection purulente elle doit être ouverte aussitôt que possible.

*Le Président de la Thèse,*

JABOULAY.

VU :

*Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 juin 1903.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

GABRIEL COMPAYRÉ.







